**Les pathologies œsophagiennes**

Tristan St-Jean-Gamache

Hiver 2016

Faculté de médecine de l’Université Laval

1. LES SYMPTÔMES ŒSOPHAGIENS

Le terme pyrosis signifie une brûlure. Il est possible de détecter cette qualité de douleur avec le questionnaire PQRST. Le pyrosis sera modulé en position déclive et en situation de repas. Il peut être rétrosternal, épigastrique ou central.

Le terme odynophagie témoigne d’une douleur qui suggère une ulcération. Cette douleur apparait à l’ingestion et/ou à la déglutition. Elle est détectable également avec le PQRST. Elle sera souvent décrite comme une pression, une brûlure, un blocage ou une crampe, typiquement dans la région du cou ou du thorax.

Le terme dysphagie signifie que la progression du bolus alimentaire se fait mal lorsque l’individu avale. La dysphagie ne s’accompagne pas nécessairement de douleur. Si elle est localisée dans la région haute, c’est davantage un problème de transfert. De la toux peut l’accompagner. À l’examen physique, il faut rechercher une déviation de l’épiglotte ou de la langue. L’investigation se fait avec une gorgée barytée à la radiographie. Si elle est localisée dans la région basse, c’est davantage un problème de transport. La texture alimentaire peut influencer la sévérité de la dysphagie basse : un liquide sera plus problématique qu’une purée, par exemple. À l’examen physique, il faut effectuer la palpation sus-claviculaire. L’investigation se fait par l’entremise de la gorgée barytée, d’une endoscopie ou d’une évaluation de la motilité.

2. L’ŒSOPHAGITE PEPTIQUE

Le symptôme principal de l’œsophagite peptique non érosive est le pyrosis. Dans le cas d’une œsophagite peptique érosive, la complication la plus fréquente est le reflux ; il peut également y avoir de l’odynophagie. Dans les deux cas, le diagnostic peut se faire par endoscopie ou par essai thérapeutique : dans le cas des patients plus jeunes, on peut prescrire des inhibiteurs de la pompe à protons et ainsi déterminer avec une certitude quasiment absolue que c’est l’acide sécrété dans l’estomac qui a causé la douleur.

Parmi les complications de l’œsophagite peptique érosive, les hémorragies aiguës sont très rares, puisqu’il y a généralement peu de saignement quand il y a une lésion dans l’œsophage. Les hémorragies chroniques sont possibles, et peuvent parfois résulter en une anémie. S’il y a sténose, il peut y avoir dysphagie aux solides. Il peut aussi y avoir un œsophage de Barrett[[1]](#footnote-1), un état prédisposant à l’adénocarcinome. Les perforations sont exceptionnelles, puisqu’il y aura plutôt fibrose cicatricielle en cas d’ulcération œsophagienne.

À l’endoscopie, il est possible d’observer différents stades d’avancement de la maladie, le plus souvent en se rapprochant le plus possible de la ligne Z. On peut caractériser l’ulcération, la quantité d’acide ainsi que le reflux. À l’histopathologie, on peut s’informer sur la présence de métaplasie (transformation adaptative du tissu cellulaire épithélial).

Le traitement de l’œsophagite peptique érosive s’effectue à long terme avec des inhibiteurs de la pompe à protons, comme les récidives sont fréquentes. Les IPP ne diminuent pas le reflux, mais ils l’alcalisent. Un mauvais traitement peut entraîner les complications précédemment décrites. Si le patient a plus de 40 ans, le clinicien est plus justifié de faire une gastroscopie et de faire une biopsie à la même occasion.

Dans le cas d’un œsophage de Barrett, il y aura typiquement un déplacement proximal de la jonction pavimento-cylindrique. Il peut y avoir métaplasie, cas dans lequel il n’y aurait qu’un changement de forme. Toutefois, il peut aussi y avoir dysplasie, qui correspond à une difficulté de forme et/ou d’organisation. S’il y a dysplasie, le risque de transformation maligne est augmenté de 30 à 40 fois. Il peut alors y avoir néoplasie, qui correspond à une nouvelle forme. Une fois transformées, ces cellules ne peuvent plus redevenir normales. Il faut effectuer des endoscopies aux 2 ans, avec des biopsies. En symptomatologie :

* Le pyrosis peut s’améliorer avec le remplacement par la métaplasie intestinale ;
* La dysphagie, associée à une sténose, doit faire craindre l’apparition d’un cancer.

3. LES AUTRES PATHOLOGIES INFLAMMATOIRES

Les œsophagites infectieuses surviennent de façon unique et ne progressent pas dans le temps. Il en existe deux types :

* Le type viral peut entraîner de l’herpès[[2]](#footnote-2) avec odynophagie récidivante et est fréquent chez les immunosupprimés (post-transplantation, VIH ou chimiothérapie) sous la forme d’un cytomégalovirus ;
* Le type mycotique au *Candida albicans* peut entraîner une immunosuppression locale à la suite de l’inhalation de stéroïdes aérosolisés.

Les œsophagites éosinophiliques, nouvellement reconnues, sont plus fréquentes chez la clientèle pédiatrique, associées à de la dysphagie. À l’endoscopie, l’œsophage ressemble à une trachée et à la biopsie, on trouvera des éosinophiles en sous-muqueuse. Ce type d’inflammation est associé aux allergies et sera traité avec une corticothérapie locale aérosolisée.

Les œsophagites caustiques sont typiquement causées par l’ingestion d’acide ou, encore pire, d’alkali. On retrouve dans ces cas une ulcération par nécrose avec de longues sténoses irrégulières. Il y a des risques de brachyœsophage et d’herniation hiatale, situation dans laquelle l’estomac remonte dans l’ouverture de l’œsophage. À long terme, il y a un risque de néoplasie épithéliale.

Les œsophagites médicamenteuses sont causées par l’ingestion d’un agent qui s’accole à l’épithélium. Il peut y avoir ulcération par un effet local. La résolution est habituellement spontanée. Pour prévenir ce type d’inflammation, il faut prendre une gorgée d’eau avant la prise d’un médicament *per os*.

Les œsophagites radiques sont le résultat d’un effet local de la radiation en dose cumulative. En situation aiguë, il peut y avoir nécrose cellulaire multifocale, à plusieurs foyers. En situation chronique, il peut y avoir sténose radique.

4. LES PATHOLOGIES TUMORALES DE L’ŒSOPHAGE

Les tumeurs bénignes de l’œsophage sont très rares. Elles surviennent majoritairement sous la forme de léiomyomes, qui touchent les muscles lisses.

Les tumeurs malignes de l’œsophage constituent plus du dixième des cancers du tube digestif. Elles sont plus fréquentes en Asie, où elles représentent 20 % des décès par cancer. Elles sont plus fréquentes chez l’homme et leur prévalence augmente avec l’âge, particulièrement lorsque le seuil des 50 ans est franchi.

Il y a différents facteurs de risques, dont :

* L’œsophagite caustique ;
* L’alcool et le tabac ;
* Les nitrites alimentaires ;
* Les nitrosamines alimentaires ;
* L’ethnicité (moins fréquent chez les caucasiens).

Le cancer épidermoïde, aussi appelé cancer malpighien, affecte l’œsophage à proprement parler. Il représente les 2/3 des cancers œsophagiens et affecte les 2/3 supérieurs de l’œsophage. Son incidence diminue. L’adénocarcinome affecte le tiers inférieur de l’œsophage. Il survient de manière indépendante à l’œsophage (il est opportuniste, en quelque sorte). Son incidence augmente.

En clinique, on peut constater les éléments suivants :

* Dysphagie basse et progressive – aux solides d’abord – en raison de l’obstruction mécanique graduelle ;
* Perte de poids ;
* Anémie par ulcération tumorale ;
* Aspiration bronchique du contenu œsophagien.

Le diagnostic des pathologies tumorales peut se faire avec la gorgée barytée. Des lésions bourgeonnantes témoignent d’une obstruction, alors que des lésions infiltrantes peuvent témoigner d’ulcérations, de sténoses ou de rigidité. Le diagnostic peut aussi se faire par endoscopie biopsique. Le bilan d’extension, quant à lui, peut servir à évaluer l’opérabilité. Certains facteurs entrent alors en ligne de compte. L’absence de péritoine ne permet pas de confiner le cancer et la proximité d’organes médiastinaux est alarmante, tout comme l’atteinte de différents ganglions médiastinaux, para-trachéaux ou sus-claviculaires.

Le traitement consiste en une combinaison de chimiothérapie et de radiothérapie. Dans des visées palliatives, on utilisera une endoprothèse tubulaire. Dans des visées curatives, on resèquera l’œsophage et on remplacera le segment retiré par une partie de la paroi gastrique ou de la paroi du côlon. Ces choix sont modulés selon l’extension tumorale.

5. LE REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

Les médicaments en vente libre qui sont les plus fréquemment achetés sont les antiacides. La prévalence du reflux gastro-œsophagien est élevée, mais ce ne sont souvent que les symptômes chroniques et persistants avec complications qui sont diagnostiqués.

Le système digestif possède des défenses anti-reflux naturelles :

* Sphincter œsophagien inférieur intrinsèque ;
* Action du diaphragme par l’entremise du sphincter inférieur extrinsèque ;
* Segment intra-abdominal de l’œsophage ;
* Vidange gastrique efficace.

La clairance œsophagienne efficace est également primordiale. Le péristaltisme œsophagien est crucial. Le rôle de la gravité l’est aussi, mais dans une moindre mesure. Toutefois, la nuit, il y a plus de chances de reflux, comme il y a moins de motilité et que l’effet de la gravité est annulé. La neutralisation effectuée par les bicarbonates de la salive et de l’œsophage a également un rôle dans la défense.

Il y a plusieurs conditions pré-disposantes au RGO :

* Augmentation de la pression sur l’estomac en raison d’obésité ou de gestation ;
* Destruction du SOI par résection chirurgicale, par injection de toxine botulique ou en situation post-myotomie de Heller (achalasie[[3]](#footnote-3)) ;
* Hyper-sécrétion acide de Z.-Ellison (tumeur qui sécrète de la gastrine sans arrêt) ;
* Gastroparésie[[4]](#footnote-4) primaire ;
* Gastroparésie secondaire au diabète, à la vagotomie ou à une sténose pylorique ;
* Relaxations transitoires inappropriées ;
* Diminution de la pression du SOI.

La dernière condition peut être rencontrée dans les cas où il y a une production de progestérone supérieure à la normale, notamment pendant la grossesse. Le tabagisme, les médicaments relâchant le muscle lisse et la sclérodermie (dysmotilité) peuvent aussi faire diminuer la pression du SOI. Finalement, certains facteurs diététiques entrent également en ligne de compte, comme la consommation de café, de thé, de graisses, de chocolat, d’alcool et de menthe.

La complication principale du RGO est l’œsophagite peptique.

Le RGO peut avoir des manifestations extra-œsophagiennes. D’abord, la laryngite de reflux peut entraîner de l’enrouement matinal, une pharyngite chronique et/ou une toux chronique. Ensuite, il peut y avoir des symptômes pulmonaires tels que l’asthme nocturne non allergique, les pneumonies d’aspiration récidivantes et le hoquet chronique. Finalement, une perte de l’émail des dents peut aussi être constatée.

Le diagnostic du RGO dans la population générale est d’abord basé sur l’histoire clinique. La plupart des patients avec des symptômes de RGO n’ont pas besoin initialement d’investigation : ils sont traités d’emblée, et leur traitement sera basé sur leurs symptômes. C’est ce qu’on appelle l’essai thérapeutique[[5]](#footnote-5). Chez les extrêmes de l’âge, on changera l’approche en cas de symptômes plus alarmants (dysphagie, odynophagie, âge supérieur à 50 ans, perte de poids, perte d’appétit, anémie, manifestations extra-œsophagiennes).

La non-réponse ou la récidive précoce des symptômes à l’arrêt d’un traitement initial empirique de 1 à 2 mois constituent des indications d’investigation. Il faut également être attentif dans les cas d’histoire de RGO sévère ou chronique avec suspicion de complications :

* Sténose peptique ;
* Œsophage de Barrett.

Il y a plusieurs test diagnostiques disponibles, dont la radiographie avec gorgée barytée. On peut utiliser la gastroscopie biopsique pour détecter une œsophagite peptique ou un œsophage de Barrett. Une pHmétrie ambulatoire de 24 heures de l’œsophage distal permet au clinicien de mieux caractériser le RGO par rapport à la normale. Pour faire ce test, il ne faut pas que le patient soit sous IPP. Finalement, la manométrie, qui est un test permettant de mesurer les pressions sur un intervalle de 15 minutes, permet de diagnostiquer un SOI atone ou hypertonique ainsi qu’une motilité anormale.

6. LE TRAITEMENT DU RGO

Pour traiter le RGO, il est fondamental de procéder à une modification des habitudes de vie. La cessation tabagique est essentielle et idéalement, il faut changer ou cesser les médicaments qui diminuent la pression du SOI. Si les reflux sont surtout nocturnes, il est pertinent d’élever la tête de lit de 10 à 15 cm.

Si le patient est porteur d’une obésité importante ou s’il a eu un gain de poids significatif avant l’apparition des symptômes, il est primordial de perdre ce poids excédentaire pour diminuer l’ampleur d’une éventuelle pression sur l’estomac.

En outre, il faut éviter les aliments et les breuvages irritants, comme :

* Les aliments épicés ;
* Le café, le thé et le chocolat ;
* Les aliments acides ;
* Les aliments gras ;
* La menthe ;
* Les repas chargés, en général.

Si les symptômes sont dominés par la douleur, ils doivent être traités. On peut utiliser des antiacides en vente libre comme le Maalox®, le Pepto-Bismol® et le Gaviscon®. Les anti-H2 (suffixe *-tidine*) et les IPP (suffixe *-prazole*) sont aussi utilisés. Les IPP sont toutefois assez dispendieux.

La médication prokinétique améliore la motilité digestive en augmentant la fréquence des contractions intestinales ou en les rendant plus fortes, mais sans affecter leur rythmicité. Elle doit être prise avant les repas et au coucher, et est administrée si les symptômes sont dominés par les régurgitations. Des prototypes sont la dompéridone et la métoclopramide. Le premier allonge le segment QT à l’électrocardiogramme.

La chirurgie est souvent décevante s’il y a échec au traitement médical, mais peut être utile si les régurgitations sont à la source du problème. Typiquement, le fundus sera plié et on entourera le SOI. Il y a toutefois plusieurs effets indésirables, incluant le fait que cette intervention empêche le vomissement.

7. LES AUTRES PATHOLOGIES ŒSOPHAGIENNES FONCTIONNELLES

La dysmotricité de transfert est associée à la dysphagie haute. Elle peut être mécanique ou motrice. Si elle est mécanique, elle peut être causée par le diverticule de Zenker, qui est une sacculation au-dessus du muscle cricopharyngé. Si elle est motrice, elle a principalement deux étiologies :

* Atteinte des nerfs IX à XI par ACV ou sclérose latérale amyotrophique ;
* Atteinte des muscles striés pharyngés par myasthénie ou syndrome oculopharyngé.

La dysmotricité de transport est associée à la dysphagie basse. Elle peut aussi être mécanique ou motrice. Si elle est mécanique, elle peut être causée par des sténoses malignes ou bénignes. L’anneau de Schatzki est un cas particulier dans lequel il y a un épaississement muqueux ou musculaire de la partie inférieure de l'œsophage. Si elle est motrice, elle a principalement deux étiologies :

* Hypomotricité par sclérodermie ou œsophagite radique ;
* Hypermotricité par achalasie, spasme diffus ou casse-noisette.

L’achalasie correspond à l’absence de péristaltisme œsophagien et/ou à un défaut de relaxation du SOI, qui peut être en situation d’hypermotricité ou simplement en situation de pression augmentée en raison de l’absence de signal de relaxation. L’achalasie correspond à de la dysphagie motrice, autant solide que liquide.

En clinique, les éléments suivants peuvent entraîner une suspicion d’achalasie :

* Douleur thoracique ;
* Régurgitations et vomissement d’aliments non digérés qui ne peuvent progresser ;
* Perte de poids ;
* Aspiration pulmonaire.

L’investigation de l’achalasie se fait à la manométrie, où on constate une absence de péristaltisme, une relaxation incomplète du SOI et/ou une pression de repos du SOI élevée. Souvent, en achalasie, la contraction de tout le corps œsophagien se fait en même temps, restreignant le passage du bolus alimentaire. En radiologie, on peut constater :

* Une dilatation de l’œsophage ;
* Une perte du péristaltisme ;
* Un œsophage distal en bec d’oiseau.

Le but du traitement de l’achalasie est de soulager les symptômes découlant de l’obstruction. Médicalement, on tentera d’effectuer une dilatation pneumatique du SOI. En chirurgie, il est courant de procéder à une myotomie du SOI, qui consiste en une petite incision au niveau du cardia. Si une telle opération est effectuée, il faut habituellement faire une fundoplication complémentaire pour limiter les reflux gastriques. Finalement, en pharmacologie, on peut utiliser des bloqueurs des canaux calciques, des nitrates *per os* ou des toxines botuliniques injectés au niveau du SOI.

Le spasme diffus de l’œsophage correspond à une anomalie motrice. Cliniquement, nous aurons les éléments suivants :

* Dysphagie ;
* Douleur thoracique rétrosternale ;
* Péristaltisme non propulsif (contractions tertiaires) ;
* Douleurs intermittentes, précipitées par les températures extrêmes ;
* Radiographie barytée normale.

8. PATHOLOGIES DIVERSES

Une hernie hiatale est une situation anormale caractérisée par le passage d'une partie de l'estomac de l'abdomen vers le thorax au travers de l'orifice hiatal du diaphragme, orifice normalement traversé par l'œsophage. Elle est présente chez plus du tiers des individus de plus de 60 ans.

La hernie hiatale par glissement est la plus fréquente. Le glissement de la jonction gastro‑œsophagienne (ligne Z), qui monte par rapport au diaphragme, en est la cause. Elle est associée au RGO, mais n’est pas liée à des risques d’ischémie.

La hernie hiatale par roulement est caractérisée par le fait que la jonction gastro‑œsophagienne reste en place. L’estomac bascule complètement dans le thorax. Il n’y a pas ou peu de risque de RGO, mais le risque d’ischémie nécrosante est élevé.

Le diverticule de Zenker, situé en postérieur gauche, au-dessus du muscle cricopharyngé, peut entraîner les symptômes suivants chez la personne plus âgée :

* Dysphagie haute ;
* Régurgitation d’aliments non digérés ;
* Toux ;
* Halitose (mauvaise haleine).

Le syndrome de Boerhaave correspond à une rupture œsophagienne complète à la suite d’efforts de vomissement ou lors de la dilatation iatrogénique du SOI. Il est caractérisé par une douleur thoracique sévère, de l’emphysème sous-cutané cervical, un pneumomédiastin à la radiographie pulmonaire et une mortalité élevée, et ce même avec une intervention chirurgicale.

Le syndrome de Mallory-Weiss résulte d’une déchirure de la muqueuse à la jonction gastro‑œsophagienne. Il n’y a pas de douleur thoracique. Après des efforts de vomissement importants et répétés, il y a typiquement une hémorragie digestive haute caractérisée par une hématémèse, et ce d’emblée au premier vomissement dans la moitié des cas. Dans 90 % des cas, la résolution est spontanée.

L’anneau de Schatzki survient dans le tiers distal de l’œsophage, à la jonction des épithéliums gastrique et œsophagien. Il est associé au « Steak House Syndrome », qui est caractérisé par de la dysphagie aux solides, subite et douloureuse, sur une bouchée trop grosse qu’on ne peut pas vomir, comme elle est coincée, ayant été amenée par le péristaltisme. Le traitement consiste en une dilatation de la région concernée. Celle-ci n’est habituellement pas faite le jour même pour éviter une rupture œsophagienne.

1. Les cellules normales qui forment la base de l'œsophage (appelées pavimenteuses), sous l'effet du reflux gastro-œsophagien, se transforment en cellules cylindriques normalement absentes chez l'homme. Il y aura présence de cellules à gobelets à l’histopathologie. [↑](#footnote-ref-1)
2. Maladie virale contagieuse responsable d'affection de la peau et des muqueuses caractérisée par une éruption vésiculeuse de boutons groupés. [↑](#footnote-ref-2)
3. Relaxation incomplète ou absente du sphincter inférieur de l'œsophage (SOI). [↑](#footnote-ref-3)
4. Trouble de vidange gastrique. [↑](#footnote-ref-4)
5. Les IPP peuvent être pris en continu ou de façon intermittente. [↑](#footnote-ref-5)